

Notifica in caso di malattia o infortunio

In caso d'incapacità lavorativa, risp. al guadagno, d'invalidità o di degenze in ospedale o per cure (compresa l'assicurazione collettiva infortuni e l'assicurazione complementare alla LAINF)

Polizza n. _____ Numero di sinistro _____

1 Contraente

Cognome, nome _____ Telefono _____

Via _____ E-Mail _____

NPA, località _____

Nome della banca _____ Conto postale n. _____

N. IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2 Persona assicurata

Signore Signora

Cognome, nome _____ Data di nascita

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Via _____ Numero AS (13 cifre) _____

NPA, località _____ Nazionalità _____

Telefono _____ Stato civile _____

E-Mail _____

Attuale attività professionale _____ La persona ammalata è assoggettata all'imposta alla fonte? Sì No

Nome della banca _____ Conto postale n. _____

N. IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3 Evento

Sinistro Malattia Maternità

4 Data dell'infortunio/evento

Giorno _____ Mese _____ Anno _____ Nel caso d'infortunio: ora (in ore e minuti) _____

5 Infortunio

5.1 Luogo dell'infortunio

Dove si è verificato l'infortunio? (località/ubicazione esatta)

5.2 Descrizione dell'infortunio

Attività all'atto dell'infortunio: dinamica, persone coinvolte, macchine, attrezzi, veicoli o sostanze coinvolte

6 Incapacità al lavoro

Quando è stato sospeso il lavoro?

Giorno _____ Ora _____

7 Indirizzi dei medici

Primo medico consultato/ospedale risp. clinica

5.3 Delucidazioni

Chi ha svolto le indagini?

Inchiesta desiderata? Sì No

Nome dei testimoni

Sono stati interrogati? Sì No

5.4 Lesione

Parte del corpo lesa (sinistra/destra)

Natura della lesione

Se il lavoro è già stato ripreso, da quando?

del tutto in parte _____ %

Medico/ospedale, risp. clinica successivo

8 Altre assicurazioni

Per il presente sinistro esiste ancora un'altra assicurazione (assicurazione infortuni, malattia e/o responsabilità civile)?

Sì No

Se sì, presso chi?

La persona assicurata percepisce una rendita o un'indennità giornaliera?

Sì No

Se sì, da chi?

La persona assicurata autorizza la Zurigo Compagnia di Assicurazioni SA a trattare i dati necessari per il trattamento del caso. Essa autorizza inoltre la Zurigo a prendere visione degli atti ufficiali, giuridici, medici e altri, per quanto necessario all'accertamento del sinistro e scioglie in tale contesto i medici curanti e gli specialisti dal segreto professionale. La persona assicurata autorizza la Zurigo a comunicare i dati noti di questo sinistro alla Zurigo Vita e alla Ginevra Vita presso le quali esistono per lo stesso evento ulteriori polizze, per il trattamento. L'accordo per il trattamento dei dati può essere revocato in qualsiasi momento.

Luogo e data

Firma del contraente

Firma della persona assicurata

(nel caso essa non sia identica al contraente)
